www.stat.gouv.qc.ca

Institut de la statistique du Québec

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : présentation de l'enquête et des méthodes

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)

Québec

www.stat.gouv.qc.ca

Institut de la statistique du Québec

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : présentation de l'enquête et des méthodes

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les
données statistiques qui y sont disponibles,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par
L'Institut de la statistique du Québec

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-53643-7 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-53644-4 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec

Juillet 2008

Avant-propos

Les maladies mentales comptent parmi les maladies qui entraînent les plus lourdes charges pour la société en raison de l'incapacité qu'elles causent. La dépression majeure et les troubles liés à la consommation d'alcool font partie des six principales maladies à l'origine de l'incapacité. En plus d'être restreintes dans leurs activités, les personnes affectées sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, un Canadien sur dix de 15 ans et plus souffre de l'une ou l'autre des affections à l'étude (dépression, manie, agoraphobie, phobie sociale, trouble panique) ou d'une dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites. Les données de cette enquête constituent une information précieuse qu'il importait de rendre plus accessible aux décideurs et autres intervenants québécois du domaine de la santé mentale, du bien-être et de l'adaptation sociale. L'Institut a mené la présente étude grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux et à la participation de plusieurs chercheurs dans un esprit de complémentarité des expertises.

Cette série de cinq brochures dresse un portrait de l'état de santé mentale des Québécois, le compare avec celui d'autres Canadiens et suggère des pistes pour de futures enquêtes de surveillance.

Ces brochures traitent des thèmes suivants : les troubles mentaux, toxicomanies et autres problèmes de santé mentale; l'utilisation des services et la consommation de médicaments à des fins de santé mentale; le stress au travail en lien avec la santé mentale; et, finalement, une comparaison avec d'autres provinces quant aux principaux indicateurs. Il ne fait aucun doute que ces publications seront utiles aux personnes intéressées à la prévention et à la promotion en santé mentale et en adaptation sociale, à la surveillance en ce domaine ainsi qu'à l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

Le directeur général,

Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « **qualité** » de l'Institut de la statistique du Québec.

Rédaction :

Nathalie Plante
Monique Bordeleau
Jacinthe Aubin
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de :

Nicole Descroisselles, à la révision linguistique
France Lozeau et Andrée Roy, à la mise en page

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé :

Daniel Tremblay

Étude subventionnée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College – 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8.
Téléphone : 514 873-4749
Télécopieur 514 864-9919
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée :

PLANTE, N., M. BORDELEAU et J. AUBIN (2008). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : présentation de l'enquête et des méthodes. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 30 p.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures.

Tous les résultats apparaissant dans cette brochure ont été pondérés à moins d'avis contraire.

Signe conventionnel :

... N'ayant pas lieu de figurer

Abréviations :

IC Intervalle de confiance
RC Rapport de cotes
Pe Population estimée
k En milliers

Remerciements

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être des Québécois est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes. Nous remercions d'abord le ministère de la Santé et des Services sociaux qui a financé le projet. Plusieurs personnes ont aussi généreusement contribué à sa réalisation, en donnant de leur temps et de leur expertise. Un grand merci aux membres du comité d'orientation et de suivi du projet :

- Lise Dunnigan, Direction générale de santé publique, MSSS;
- Jacques Rhéaume, Direction de la santé mentale, MSSS;
- Guylaine Doré et Stéphane Tremblay,
  Direction de la jeunesse et de la toxicomanie, MSSS;
- Richard Boyer, Centre de recherche Fernand-Seguin.

Merci également à Ronald G. Gravel de la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada qui a commenté ce texte en plus de partager sa connaissance de l'enquête.

À l'ISQ, des collègues ont collaboré de diverses façons, toutes appréciées.

Jacinthe Aubin
Chargée de projet

Table des matières

Contexte et objectifs de l'étude **11**

Mieux connaître l'état de santé mentale des Québécois et leurs besoins en services 11
Un portrait attendu pour soutenir l'action 11
Objectifs de l'étude 12

Description de l'enquête et des méthodes **13**

Population cible 13
Plan de sondage 13
Instruments 15
Collecte des données 15
Formation des intervieweurs 16
Résultats de la collecte 16
Validation des données 17

Traitement et analyse statistique des données **19**

Fichier de microdonnées de partage et fichier de microdonnées à grande diffusion 19
Pondération 19
Création de variables dérivées 19
Analyse statistique 20

Présentation des résultats **23**

Portée et limites des résultats **25**

Présentation des brochures **27**

Bibliographie **29**

Liste des figure et tableaux

Figure

Figure 1 Principaux aspects du plan de sondage 14

Tableaux

Tableau 1 Probabilités de sélection des personnes au sein des ménages 15
Tableau 2 Modules du questionnaire de l'enquête, regroupés par grand thème 16
Tableau 3 Définition des catégories de revenu du ménage en fonction de la taille du ménage 20
Tableau 4 Répartition de la population à domicile visée par l'enquête selon des caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2002 24

Contexte et objectifs de l'étude

Au cours d'une période difficile de la vie, il arrive que des personnes ressentent une menace à leur équilibre psychique; conséquemment, des problèmes de santé mentale peuvent les conduire à demander de l'aide. Par ailleurs, une partie de la population est atteinte de troubles mentaux modérés ou graves, pouvant se révéler transitoires ou persistants. À ces troubles sont souvent associés, chez les personnes atteintes, des niveaux d'incapacité qui se manifestent dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales et la capacité fonctionnelle au travail (Gauthier, 1998).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux constituent l'une des principales causes d'incapacité dans le monde (Murray et Lopez, 1996; OMS, 2001; Mathers et Loncar, 2006), particulièrement en Amérique (OMS, 2006). Toujours selon cette organisation, une personne sur quatre souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie. D'autre part, des études menées dans les sociétés industrialisées indiquent que ces problèmes y sont en augmentation (National Institute of Mental Health, 1999, cité par Fournier et autres, 2002).

Au Québec, on estime qu'une personne sur six souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale (MSSS, 2005). De plus, on observe dans cette province le plus haut taux de suicide. Devant l'ampleur des problèmes et les ressources limitées pour y répondre, un intérêt croissant s'est développé au cours des deux dernières décennies pour mieux connaître l'état de santé mentale de la population québécoise et en comprendre les facteurs déterminants et les conséquences en matière de besoins et d'offres de services.

Mieux connaître l'état de santé mentale des Québécois et leurs besoins en services

Le portrait de l'état de santé mentale de la population adulte au Québec a toujours été incomplet. Les enquêtes générales auprès de la population ont permis de suivre l'évolution de certains indicateurs relatifs à la détresse psychologique et au suicide de même qu'à la consommation d'alcool et de drogues. Mentionnons les enquêtes sociales et de santé en 1987 et 1992-1993 (Santé Québec) de même qu'en 1998 (Institut de la statistique du Québec); l'*Enquête nationale sur la santé de la population* qui a fourni des données transversales et longitudinales entre 1994 et 1998, et longitudinales par la suite; le volet général de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (Statistique Canada), bisannuel depuis 2000-2001. Précisons toutefois que ces enquêtes ne visent pas à documenter spécifiquement les troubles mentaux ni les besoins et l'utilisation des services en santé mentale.

Par ailleurs, des enquêtes populationnelles ayant pour thème la santé mentale ont été menées au Québec au cours des deux dernières décennies. Cependant, ces enquêtes visent les jeunes de 6 à 14 ans (Valla et autres, 1994) ou des populations régionales (Légaré, 1995; Fournier et autres, 2002).

La santé mentale suscite beaucoup d'intérêt et il devient donc important de dresser un portrait de l'état de santé mentale des Québécois à partir de données représentatives de la population. L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.2, est une enquête thématique sur la santé mentale et le bien-être réalisée en 2002 par Statistique Canada auprès de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Elle fournit une base de données appréciable pour l'évaluation des besoins dans chacune des 10 provinces.

Un portrait attendu pour soutenir l'action

Depuis quelques années au Québec, plusieurs travaux ont permis d'améliorer les connaissances concernant la santé mentale, l'organisation des services, les approches cliniques appropriées et l'effet des interventions. Il s'agit principalement des travaux de groupes-conseils tels le Comité d'expert sur l'organisation des services en santé mentale

mis sur pied en 2003 (comité Gagné), le Comité de la santé mentale du Québec, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale et le Forum sur la santé mentale tenu en septembre 2000 (MSSS, 2001).

Compte tenu de l'ampleur des problèmes de santé mentale et des coûts humains et sociaux s'y rattachant, le ministre de la Santé et des Services sociaux considère la santé mentale comme une priorité nationale et s'est engagé à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés pour améliorer l'aide aux personnes souffrant de troubles mentaux. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* fait écho à cette volonté du ministre de parfaire le système québécois de santé mentale (MSSS, 2005).

Par ailleurs, le MSSS accorde une place importante aux activités de promotion et de prévention en matière de santé mentale. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) souligne l'importance des problèmes à caractère psychosocial et notamment les problèmes de santé mentale en milieu de travail (MSSS, 2003). Les objectifs du PNSP sont les suivants pour l'horizon 2003-2012 :

- Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
- Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
- Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides.

Les données de l'ESCC 1.2 représentent une mine de renseignements à exploiter de façon à mieux cerner les besoins de la population en rapport avec leur santé mentale, à soutenir les directions et les services du MSSS responsables du suivi ou de l'application des différentes orientations ministérielles dans ce domaine et à guider la prise de décision.

Jusqu'à maintenant, les données de l'ESCC 1.2 ont fait l'objet de quelques publications dans *Le Quotidien* de Statistique Canada et dans le rapport annuel de 2004 *Rapports sur la santé — la santé de la population canadienne* (Statistique Canada, 2004), un numéro spécial consacré à la santé mentale selon cette enquête. De plus, *La revue canadienne de psychiatrie* y consacre son numéro de septembre 2005. Ces travaux concernent pour la plupart la population canadienne, ou encore, les populations provinciales comparées sur quelques indicateurs.

Objectifs de l'étude

L'exploitation des données de l'ESCC 1.2 permet de dresser un portrait de l'état de santé mentale, de l'utilisation des services de santé et de la consommation de médicaments au Québec en 2002. Les objectifs généraux sont :

- décrire l'état de santé mentale et la consommation d'alcool et de drogues de la population québécoise (15 ans et plus) vivant à domicile de même que l'incapacité, les besoins et l'utilisation des services en rapport avec la santé mentale ou la consommation;
- cerner les caractéristiques de la population associées à ces différents aspects;
- décrire certains déterminants de la santé mentale et du bien-être, notamment sur le plan socioéconomique;
- soutenir l'exercice de surveillance dans le domaine de la santé mentale et du bien-être;
- fournir des éléments utiles pour la prise de décision dans la planification et l'organisation des services et dans le soutien aux interventions, notamment en prévention/promotion de la santé;
- identifier, s'il y a lieu, les besoins en matière de recherches ou d'enquêtes.

Parmi les objectifs spécifiques, signalons l'objectif de décrire la population selon les axes positif et négatif de la santé mentale et celui d'analyser les facteurs associés à chacun de ces axes (caractéristiques démographiques, socioéconomiques, culturelles, environnementales); également, mentionnons l'objectif de décrire les incapacités et les limitations d'activités liées à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogue. Enfin, il est prévu d'effectuer des comparaisons entre la situation du Québec et celle d'autres provinces pour certains indicateurs, lorsque jugé pertinent.

Description de l'enquête et des méthodes

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)* portant sur la santé mentale et le bien-être est une enquête transversale réalisée en 2002 par Statistique Canada. Il s'agit de la première enquête thématique menée par cet organisme dans le cadre de son programme d'enquêtes de santé auprès des collectivités canadiennes. Cette enquête a été réalisée en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada et son financement s'est fait dans le contexte du Carnet de route de l'information sur la santé.

L'ESCC 1.2 offre une grande diversité de renseignements relatifs à la santé mentale des personnes de 15 ans et plus résidant dans les 10 provinces canadiennes. Le fait de disposer de données représentatives pour le Québec en ce qui a trait à la santé mentale de la population, incluant les problèmes reliés à la consommation abusive d'alcool et de drogues, et ses déterminants, est une première; des données spécifiques et détaillées sur les besoins et l'utilisation des services en santé mentale, les barrières au regard de l'utilisation et la satisfaction des usagers sont également disponibles.

Population cible

Le cycle 1.2 de l'ESCC vise la population de 15 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces canadiennes[1]. Sont exclues de la population visée les personnes vivant dans une réserve indienne ou sur les terres de la Couronne, de même que les membres à temps plein des Forces canadiennes[2] et les habitants de certaines régions éloignées.[3] La population visée représente donc environ 98 % de l'ensemble de la population de 15 ans et plus.

Plan de sondage

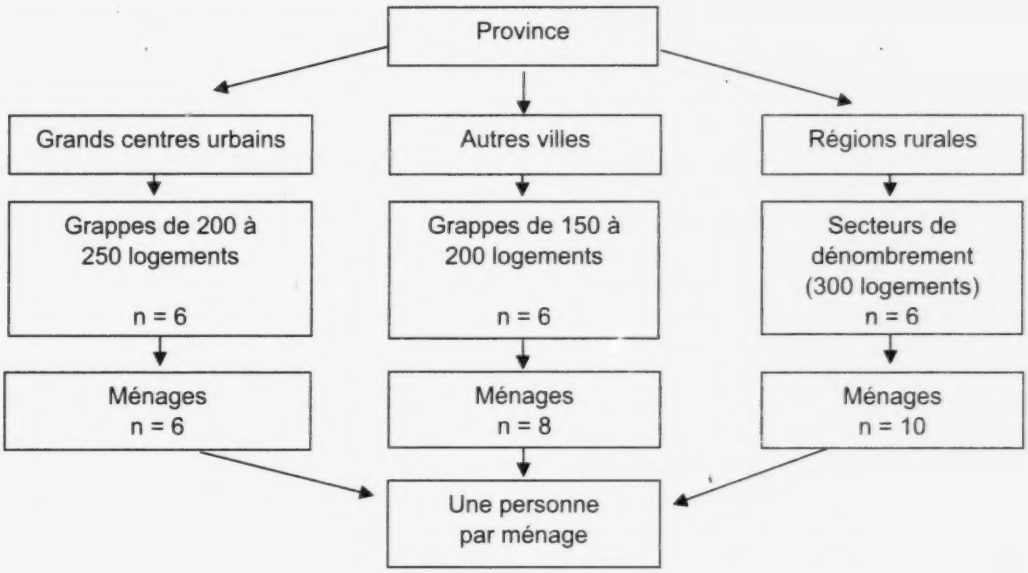
Le nombre de répondants visé dans l'ESCC 1.2 était de 38 492 pour l'ensemble du pays, dont 5 485 personnes pour le Québec. Ces échantillons ont été établis en fonction du budget alloué et dans le but d'obtenir des estimations fiables, tant à l'échelle nationale que provinciale, mais pas nécessairement régionale. De plus, la répartition de l'échantillon a été faite de façon proportionnelle à la racine carrée de la population estimée de chaque province étant donné les variations importantes observées pour cette dernière.[4]

Par ailleurs, afin de tenir compte d'un taux de réponse attendu d'environ 80 % ainsi que d'une proportion attendue de 12 % de logements qui ne sont pas occupés par des personnes faisant partie de la population visée (logements vacants ou occupés de façon saisonnière, logements occupés par des ménages non visés par l'enquête), la taille d'échantillon totale a été fixée à quelque 54 000 personnes, dont environ 7 800 au Québec.

La base aréolaire conçue pour l'*Enquête sur la population active* (EPA) *du Canada* a servi de base de sondage pour le cycle 1.2 de l'ESCC. L'EPA utilise un plan de sondage aléatoire stratifié par grappes à plusieurs degrés. Selon ce plan, le territoire est découpé en aires géographiques, les unités primaires d'échantillonnage (UPE),

1. Sont incluses dans la population visée les personnes vivant dans une maison individuelle, double ou en rangée, dans un duplex, dans un immeuble d'appartements, dans un hôtel, dans une maison de chambres ou une pension, dans un camp (de bûcherons, de construction) ou dans une autocaravane. Sont exclues de la population visée les personnes vivant en institution.
2. Les Forces canadiennes ont elles-mêmes mandaté Statistique Canada afin qu'une enquête sur la santé mentale et le bien-être soit menée au sein de leur effectif.
3. Au Québec, il s'agit des régions crie et inuite.
4. La taille d'échantillon minimale a été fixée à 1 000 personnes. Les provinces de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont fourni des fonds supplémentaires afin d'obtenir une taille d'échantillon permettant de produire des estimations infraprovinciales.

Figure 1
Principaux aspects du plan de sondage



lesquelles sont formées d'un regroupement de 150 à 250 logements. Ces derniers sont rassemblés au préalable selon des strates homogènes.

La formation des UPE tient compte d'un premier niveau de stratification selon que les logements sont situés dans un grand centre urbain, une ville ou une région rurale. À un niveau plus fin, les strates regroupent les logements des secteurs de dénombrement[5] semblables quant à leur situation géographique, au revenu moyen ou autres caractéristiques socioéconomiques des ménages les composant. La figure 1 illustre les principaux aspects du plan de sondage.

Au premier degré d'échantillonnage, une sélection aléatoire de six UPE est effectuée au sein de chaque strate, de façon indépendante d'une strate à l'autre et avec probabilité proportionnelle au nombre de logements au sein d'une UPE. Les logements de chacune des UPE sélectionnées sont par la suite énumérés en vue d'en faire une sélection aléatoire.

Cette liste de logements a été utilisée pour la sélection de l'échantillon du cycle 1.2 de l'ESCC. Pour les strates où la densité de population est faible, on sélectionne plutôt deux ou trois UPE que l'on divise en grappes dont six sont sélectionnées pour faire partie de l'échantillon.

Pour le cycle 1.2 de l'ESCC, les logements ou ménages des UPE sélectionnées ont fait l'objet d'un échantillonnage systématique. On a ainsi obtenu de 5 à 10 ménages par UPE au sein de l'échantillon. Toutefois, dans certains cas, le nombre de ménages sélectionnés était plus élevé que prévu, en raison de l'accroissement de la population et des fractions de sondage prédéterminées. Afin de limiter les coûts de collecte, on a alors procédé à une stabilisation de l'échantillon, c'est-à-dire qu'une partie des logements sélectionnés a été éliminée, tout en ajustant la pondération de base.

Une seule personne de 15 ans et plus a finalement été sélectionnée aléatoirement au sein des ménages échantillonnés. D'abord, puisqu'elles vivent le plus souvent seules ou à deux, les personnes de 65 ans et plus sont surreprésentées au sein de l'échantillon du seul fait de la sélection d'une personne par ménage. Puis, afin de

5. Un secteur de dénombrement correspond à une région géographique dénombrée par un recenseur. Le nombre de logements dans un SD varie généralement entre un maximum de 650 dans les grands centres urbains et un minimum de 125 dans les régions rurales.

surreprésenter les jeunes de 15 à 24 ans, la probabilité de sélection d'une personne a été établie en fonction de la composition du ménage auquel elle appartient[6]. Le tableau 1 décrit la règle de sélection des personnes au sein des ménages échantillonnés. Le lecteur qui souhaite avoir des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage peut consulter Gambino et autres (1998) et le *Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion* relatif à la présente enquête (Statistique Canada, non daté).

Tableau 1
Probabilités de sélection des personnes au sein des ménages

Nombre de personnes de 15 à 24 ans (n)	Nombre de personnes de 25 ans et plus (m)					
	0	1	2	3	4	5+
0	...	A	A	A	A	A
1	A	B	B	B	B	A
2	A	B	B	A	A	A
3+	A	A	A	A	A	A

A : Probabilités de sélection égales pour toutes les personnes au sein du ménage.

B : Probabilité de sélection égale à 2,6/[2,6*(n+m)] pour les personnes de 15 à 24 ans et égale à 1/[2,6*(n+m)] pour les personnes de 25 ans et plus, où n représente le nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans et m, le nombre de personnes âgées de 25 ans et plus au sein du ménage.

Instruments

L'instrument utilisé dans l'ESCC 1.2 a été conçu à la suite de consultations auprès de nombreux experts en santé mentale à travers le pays et d'experts de l'OMS. Il comprend plusieurs modules qui permettent de recueillir des renseignements sur de nombreux sujets; la liste de ces derniers apparaît au tableau 2. Il est à noter, par ailleurs, que cette enquête s'inscrit dans un vaste projet piloté par l'OMS auquel participent plusieurs autres pays.

Le contenu du questionnaire se base en partie sur la liste des troubles mentaux compris dans le *World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview Instrument* (WMH-CIDI), lequel instrument s'appuie sur les définitions de la 4e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV). Quelques modifications ont été apportées à l'instrument et celles-ci ont été approuvées par le groupe de travail du CIDI-WMH 2000. Les troubles mentaux ont été choisis en fonction d'une prévalence attendue d'au moins 1 % au cours d'une période de douze mois, de l'existence de mesures valides et largement reconnues ainsi que de la possibilité d'intervenir de façon efficace. D'autre part, les variables concernant les problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues rencontrent en partie les critères du DSM-III-R alors que les questions portant sur le bien-être et les déterminants sont basées sur des échelles reconnues et utilisées dans diverses enquêtes.

Collecte des données

Afin d'équilibrer la charge de travail des intervieweurs, les UPE sélectionnées ont été réparties aléatoirement sur trois périodes de collecte : de mai à juillet 2002; août et septembre 2002; octobre et novembre 2002. La collecte s'est poursuivie jusqu'à la fin décembre alors qu'une dernière tentative était faite pour convaincre les ménages non répondants de participer à l'enquête.

Une lettre d'introduction ainsi qu'une brochure soulignant l'importance de l'enquête ont été envoyées au préalable à chaque ménage pour lequel une adresse postale valide était disponible. Par la suite, l'intervieweur devait faire un premier contact, sur place, avec chaque ménage échantillonné dans le but de réaliser l'entrevue sur-le-champ ou à un autre moment jugé plus opportun. En cas d'absence ou de refus, de multiples tentatives ultérieures ont été faites afin de contacter le ménage ou de convaincre les personnes échantillonnées de participer à l'enquête.

6. L'objectif de cette surreprésentation était d'obtenir une bonne précision pour les estimations portant sur les personnes de 15 à 24 ans. La surreprésentation des personnes de 65 ans et plus découlant de la méthode de collecte retenue permet également d'obtenir des estimations de bonne précision pour ce sous-groupe.

Tableau 2
Modules du questionnaire de l'enquête, regroupés par grand thème

Santé mentale, bien-être et détresse

- Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique
- Détresse
- Stress
- Stress au travail

Troubles mentaux

- Épisode dépressif majeur
- Épisode de manie
- Agoraphobie
- Phobie sociale
- Trouble panique

Consommation et dépendance

- Consommation d'alcool
- Dépendance à l'alcool
- Consommation et dépendance aux drogues illicites
- Jeu pathologique

Incapacités

- Incapacité au cours des deux dernières semaines
- Limitation des activités

Médicaments et utilisation des services

- Consommation de médicaments
- Services de santé mentale

Autres modules

- Évaluation des troubles alimentaires
- Taille et poids
- État de santé général
- Population active
- Problèmes de santé chroniques
- Activités physiques
- Soutien social
- Valeurs spirituelles
- Contact et démographie du ménage
- Renseignements sociodémographiques
- Revenu
- Administration

Dans chacun des ménages ayant accepté de participer à l'enquête, un membre bien informé a d'abord été sollicité afin de fournir des renseignements démographiques de base sur tous les membres du ménage. Ces informations ont servi à faire la sélection aléatoire d'une personne de 15 ans et plus pour une interview sur place assistée par ordinateur (IPAO). Une collecte téléphonique n'était permise que si les frais de déplacement étaient excessifs ou si le répondant refusait l'entrevue en personne. Cette situation s'est produite dans 14 % des cas environ. L'entrevue par procuration (auprès d'un tiers) n'était pas autorisée. Les entrevues se sont déroulées en français ou en anglais, avec une durée moyenne d'un peu moins de 70 minutes.

Formation des intervieweurs

Puisque la santé mentale est un sujet délicat, les intervieweurs ont suivi une formation visant à les sensibiliser aux problèmes de santé mentale et à s'assurer que les entrevues sont menées de manière à la fois humaine et professionnelle. Cette formation a été développée par le Centre for Addiction and Mental Health de l'Ontario et intégrée à la formation donnée par Statistique Canada. Des experts en santé mentale de cet organisme offraient également un soutien aux intervieweurs durant la période de collecte. Les intervieweurs ont par ailleurs reçu une formation ayant trait au contenu de l'enquête ainsi qu'à l'utilisation de l'IPAO.

Résultats de la collecte

Au Québec, parmi les 6 829 ménages sélectionnés et admissibles à l'enquête, 5 961 ont accepté de participer, pour un taux de réponse non pondéré à l'échelle du ménage de 87,3 %. Une personne a été sélectionnée au sein de chacun de ces ménages et, de ce nombre, 5 332 ont participé à l'entrevue, pour un taux de réponse à l'échelle de la personne de 89,4 %; le taux de réponse combiné non pondéré est de 78,1 % (87,3 % × 89,4 %).

Le taux de réponse est de 73,4 % en Ontario (13 184 répondants), de 77,7 % en Colombie-Britannique (3 902 répondants) et de 77,1 % en Alberta (3 236 répondants). Ces provinces ont été retenues à des fins de comparaison avec le Québec.

Pour l'ensemble des variables recueillies par le biais de l'enquête, la non-réponse partielle est négligeable. Seules les variables dérivées « pensées suicidaires au cours des douze derniers mois » et « tentatives de suicide au cours des douze derniers mois » présentent des taux de non-réponse partielle plus élevés, soit 4,8 % et 1,0 % respectivement. Ces taux représentent la proportion de personnes ayant omis de répondre à toutes les questions requises pour former ces variables dérivées, parmi les personnes ayant participé à l'enquête et qui devaient répondre à ces questions. Or, il appert qu'en raison de leur profil, les personnes pour lesquelles ces données sont manquantes sont plus susceptibles que les autres d'avoir eu des pensées suicidaires ou d'avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois; cela donnerait ainsi lieu à une sous-estimation des prévalences.

Pour combler cette lacune, les données manquantes ont été imputées sur la base d'une méthode déterministe, d'une part, pour les valeurs découlant directement d'autres réponses, et d'une méthode fondée sur un modèle de régression logistique, d'autre part. Toutes les valeurs manquantes pour les tentatives de suicide et environ le quart de celles pour les pensées suicidaires ont été imputées selon la méthode déterministe.

Validation des données

La collecte des données ayant été réalisée à l'aide d'un questionnaire informatisé (IPAO), le risque d'erreurs de saisie s'en trouvait amoindri. Des règles de vérification automatiques permettaient également de repérer les réponses incohérentes, de sorte que l'intervieweur pouvait faire une vérification immédiate auprès du répondant. De plus, puisque le questionnaire comportait plusieurs questions filtre, un système automatisé de gestion de l'enchaînement des questions avait été mis en place. Finalement, une fois la collecte terminée, des vérifications de cohérence des données ont été effectuées. Règle générale, les incohérences entre deux variables ont été corrigées en attribuant la valeur « non déclaré » à l'une des variables ou aux deux selon le cas.

Traitement et analyse statistique des données

Fichier de microdonnées de partage et fichier de microdonnées à grande diffusion

Les données québécoises analysées dans le cadre de cette étude proviennent du fichier de partage de l'ESCC 1.2, mis à la disposition de l'ISQ selon une entente avec Statistique Canada. Ce fichier est issu du fichier maître de l'enquête; il ne comprend aucune donnée concernant la population des autres provinces et son contenu se rapporte aux 95 % des répondants ayant accepté de partager avec l'ISQ les renseignements qu'ils ont fournis (5 047 répondants). Contrairement au fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) produit par Statistique Canada, le fichier de partage a subi moins d'opérations de masquage et comprend des poids *bootstrap*[7].

Les estimations produites pour les autres provinces que le Québec sont quant à elles basées sur les données du FMGD. Il faudra donc en tenir compte lors des comparaisons interprovinciales. Afin d'éviter toute confusion, une note a été ajoutée à chacun des tableaux de résultats afin de préciser lequel des fichiers source a été utilisé pour l'analyse[8].

Pondération

La pondération consiste à assigner à chaque répondant un poids statistique qui correspond au nombre de personnes qu'il représente au sein de la population visée. Les estimations ainsi pondérées permettent d'inférer les résultats à l'ensemble de la population couverte par l'enquête, et non seulement à l'échantillon de répondants. Un poids initial est obtenu en prenant l'inverse de la probabilité de sélection pour tenir compte de la non-proportionnalité de l'échantillon. Ce poids fait ensuite l'objet d'ajustements successifs afin de tenir compte des logements hors champ et de la non-réponse au niveau du ménage ou de la personne. Les poids subissent finalement un calage pour que leur somme soit égale aux estimations de populations par groupe d'âge et de sexe. On obtient ainsi une pondération permettant d'inférer les résultats à la population à partir de l'échantillon des personnes répondantes composant le FMGD.

Par ailleurs, il appert que les personnes ayant refusé de partager avec l'ISQ les données les concernant possèdent des caractéristiques différentes des autres. Ainsi, une analyse basée sur ce sous-ensemble, soit 5 047 personnes pour le Québec, doit tenir compte de la non-réponse engendrée par les refus de partage. Pour ce faire, les poids à être utilisés pour l'analyse du fichier de partage ont subi un ajustement additionnel. Pour la production des estimations ponctuelles, une pondération différente est par conséquent utilisée selon que les données de l'un ou l'autre des fichiers source sont analysées.

Finalement, des poids *bootstrap* (Efron, 1979) ont servi à estimer la variance des estimations québécoises produites à partir du fichier de partage. De tels poids ne sont toutefois pas disponibles pour le FMGD. La précision des estimations de proportions produites pour les autres provinces a donc été estimée de façon approximative en ayant recours à des effets de plan estimés permettant de tenir compte du plan de sondage à plusieurs degrés.

Création de variables dérivées

Des variables dérivées à partir des questions de l'enquête ont été créées afin de faciliter l'analyse statistique. Ainsi, le fichier de microdonnées à grande diffusion et le fichier de partage de Statistique Canada contiennent plus de 200 variables dérivées des items du questionnaire. Il s'agit de regroupements de catégories ou encore, d'indices créés à partir de plusieurs questions. Plusieurs de ces variables ont été utilisées dans l'analyse des données

7. Les poids *bootstrap* permettent d'estimer de façon adéquate la variance des estimations en tenant compte du plan de sondage complexe.
8. Cette note vise à expliquer, le cas échéant, les légers écarts qui pourraient être observés entre des estimations ponctuelles basées sur des fichiers différents.

québécoises. Les détails du calcul de ces variables sont présentés dans la documentation de l'enquête sur le site Web de Statistique Canada.

Parmi les variables de Statistique Canada, le revenu total du ménage est largement utilisé dans la présente étude. Il s'agit du revenu total de tous les membres du ménage au cours des douze derniers mois, provenant de toutes sources, avant impôts et autres retenues. La catégorisation tient compte du nombre de personnes composant le ménage. Par exemple, un revenu inférieur correspond à un revenu de moins de 15 000 $ pour une ou deux personnes, de moins de 20 000 $ pour trois ou quatre personnes ou encore, de moins de 30 000 $ pour cinq personnes ou plus. Le tableau 3 présente les seuils définissant le revenu du ménage déclaré par le répondant selon quatre catégories.

Des variables ont aussi été élaborées par l'Institut de la statistique du Québec pour les besoins de l'étude. Il s'agit le plus souvent de regroupements de catégories afin d'obtenir une meilleure puissance statistique; cependant, d'autres variables ont également été créées. D'abord, un indice global de dépression indique le fait d'avoir eu un épisode dépressif majeur ou des pensées suicidaires ou d'avoir fait une tentative de suicide, au cours d'une période de douze mois. Un indice de polyusage de substances psychoactives intègre l'usage exclusif ou combiné d'alcool, de cannabis et d'autres drogues, ou leur non-usage, sur la même période. Ont également servi aux analyses, des indicateurs de consommation globale de médicaments, prescrits ou non prescrits, avec ou sans les médicaments pour maigrir. Enfin, la consultation d'au moins une ressource a donné lieu à plusieurs variables; ces dernières concernent les soins spécialisés en santé mentale, les autres professionnels, les ressources du système de soins, les ressources non professionnelles et, finalement, l'ensemble des ressources. Ces variables seront présentées plus en détail dans les brochures thématiques.

Analyse statistique

Les données ont été analysées par l'ISQ et les chercheurs associés à l'étude. Pour la plupart des indicateurs, les prévalences ont été estimées par sous-groupe d'âge et de sexe, lorsque les effectifs le permettaient. Certains indicateurs ont également été croisés avec d'autres variables. Des tests du khi-deux ont été réalisés pour comparer la répartition des différents sous-groupes. En présence d'un résultat significatif, les sous-groupes ont également été comparés sur la base d'un test du khi-deux. Pour certains indicateurs, des modèles de régression logistique multivariés ont par ailleurs été ajustés afin de tenir compte de l'effet simultané de plusieurs variables explicatives. Dans quelques modèles, certaines interactions entre les variables explicatives ont été testées. Tous les tests statistiques ont été réalisés au seuil de 5 %.

Tableau 3
Définition des catégories de revenu du ménage en fonction de la taille du ménage

	Taille du ménage		
	1 à 2 personnes	3 à 4 personnes	5 personnes et plus
Inférieur	Moins de 15 000 $	Moins de 20 000 $	Moins de 30 000 $
Moyen inférieur ou moyen	De 15 000 $ à 29 999 $	De 20 000 $ à 39 999 $	De 30 000 $ à 59 999 $
Moyen supérieur	De 30 000 $ à 59 999 $	De 40 000 $ à 79 999 $	De 60 000 $ à 79 999 $
Supérieur	60 000 $ et plus	80 000 $ et plus	80 000 $ et plus

Toutes les estimations présentées ont été pondérées. Afin de tenir compte du plan de sondage complexe dans l'estimation de la précision et les tests statistiques, les 500 poids *bootstrap* fournis par Statistique Canada ont été utilisés, par le biais du logiciel SUDAAN. Pour certains modèles, une partie des 500 répliques *bootstrap* n'a pu être utilisée dans l'estimation de la variance pour les indicateurs présentant une faible prévalence. Or, lorsque le nombre de répliques rejetées n'est pas négligeable, les estimations de variance et les tests statistiques ne sont plus nécessairement valides. Lorsque le seuil observé était tout de même éloigné du seuil de 5 % et que le nombre de répliques rejetées n'était pas trop grand, les résultats des tests ont été interprétés. Autrement, le modèle a dû être modifié, dans la majorité des cas par regroupement des catégories des variables explicatives en cause.

Étant donné que les estimations produites pour les autres provinces que le Québec sont basées sur les données du FMGD et qu'aucun poids *bootstrap* n'est disponible pour ces données, les comparaisons interprovinciales s'appuient sur des tests de Wald. L'estimation de la précision des estimations pour les autres provinces est dans ce cas obtenue de façon approximative à l'aide d'un effet de plan estimé. Pour ce faire, le logiciel SAS est utilisé.

Présentation des résultats

Dans la série de brochures qui suivront celle-ci, les résultats seront présentés selon certaines règles. Les données de l'ESCC 1.2, parce qu'elles sont tirées d'un échantillon, sont entachées d'erreurs. Ainsi, la formulation des résultats fera ressortir qu'il s'agit d'estimations et non de valeurs exactes. La complexité du plan de sondage de l'enquête influence également la précision des résultats. Une mesure de la précision estimée à l'aide de la méthode *bootstrap* sera donc associée à chaque estimation produite pour toutes les estimations québécoises.

La précision des estimations est présentée dans les tableaux à l'aide de deux mesures, soit le coefficient de variation (CV) et l'intervalle de confiance à 95 %. Le CV permet une lecture rapide de la précision relative d'une estimation. Exprimé en pourcentage, le CV est obtenu en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % présentent une bonne précision; les estimations dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont accompagnées d'un astérisque indiquant que leur précision est passable et que celles-ci doivent être interprétées avec prudence. Finalement, les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque pour signifier que celles-ci doivent être interprétées avec circonspection; ces dernières sont présentées, à titre indicatif, seulement lorsque l'intervalle de confiance s'y rapportant demeure informatif. L'intervalle de confiance à 95 % s'interprète quant à lui de la façon suivante : « Si l'on tirait un échantillon de la population visée un grand nombre de fois selon le même plan de sondage, 95 % des échantillons sélectionnés fourniraient un intervalle de confiance contenant la vraie valeur du paramètre étudié (ex. : prévalence) au sein de la population. »

Les proportions et les moyennes présentées sont arrondies à l'entier le plus près dans le texte et à une décimale dans les tableaux, sauf pour les proportions inférieures à 5 %, pour lesquelles une décimale est conservée dans le texte. De ce fait, il est possible que la somme des proportions soit légèrement différente de 100 %. Les résultats des analyses multivariées sont présentés dans les tableaux sous forme de rapports de cotes ajustés. Ces quantités permettent d'interpréter le sens de la relation observée, mais ne peuvent être interprétées quantitativement en termes de risque relatif que lorsque la prévalence observée est faible pour toutes les combinaisons de variables explicatives.

Les résultats significatifs au seuil de 5 % sont signalés. Exceptionnellement, des résultats non significatifs mais qui présentent un intérêt particulier dans le cadre des analyses effectuées peuvent l'être aussi. Ils sont alors exprimés sous forme de « tendance ». Autrement, il est dit dans le texte que l'enquête ne permet pas de détecter d'association ou qu'il n'y a pas de différence significative.

Pour clore cette section, le tableau 4 présente la répartition de la population à l'étude dans le cycle 1.2 de l'ESCC selon des caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 4

Répartition de la population vivant à domicile visée par l'enquête selon des caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2002

	%	Pe (k)
Sexe		
Hommes	49,1	2 967
Femmes	50,9	3 074
Groupe d'âge		
15-24 ans	15,8	956
25-44 ans	36,8	2 226
45-64 ans	32,2	1 947
65 ans et plus	15,1	912
Type de ménage de la personne		
Personne vivant seule	15,9	962
Couple sans enfants	28,2	1 704
Couple avec enfants	41,8	2 523
Famille monoparentale	8,8	530
Autres	5,3	321
Plus haut niveau de scolarité		
Études secondaires partielles	29,7	1 796
Diplôme d'études secondaires	16,1	972
Études postsecondaires partielles	6,9	419
Grade/diplôme d'études postsecondaires	47,2	2 853
Revenu du ménage[1]		
Inférieur	12,4	750
Moyen inférieur ou moyen	23,2	1 402
Moyen supérieur	38,0	2 295
Supérieur	26,4	1 594
En emploi la semaine dernière	65,9	3 784
Région de résidence		
Urbaine	81,4	4 917
Rurale	18,6	1 124

1. La non-réponse partielle à la question sur le revenu est de 8,0 %. Les estimations sont corrigées pour la non-réponse partielle.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Portée et limites des résultats

Les intérêts de cette étude sont multiples :

- répondre aux besoins d'information sur le plan statistique en fournissant un portrait représentatif de la population de 15 ans et plus au Québec sur de nombreux aspects liés à l'état de santé mentale, à la consommation d'alcool ou de drogues et aux besoins et à l'utilisation des services de santé mentale;
- faire ressortir les liens entre ces aspects et certaines caractéristiques de la population;
- effectuer des comparaisons entre les données du Québec et celles d'autres provinces (Ontario, Alberta et Colombie-Britannique).

Compte tenu de la taille de l'échantillon québécois et en raison de la rareté de certains phénomènes documentés dans l'enquête, la faiblesse des effectifs disponibles représente une contrainte pour une partie des analyses réalisées. Cela dit, tout a été mis en œuvre afin de produire des estimations présentant un bon niveau de précision et de maximiser les possibilités d'analyse offertes par les données. Ce travail a exigé un examen préliminaire des données conduisant à certains choix, appuyés par des considérations tant statistiques que conceptuelles. Par exemple, le fait d'estimer des proportions peu précises pour certaines variables a pu justifier le regroupement de catégories ou encore la création de variables plus globales (ex. : variable considérant simultanément les trois types de troubles anxieux couverts dans l'enquête). Ces choix ont contribué à améliorer la précision des estimations et à augmenter les possibilités de croisement avec d'autres variables.

Par ailleurs, les estimations pondérées permettent d'inférer les résultats à l'ensemble de la population visée par l'enquête. Elles seront donc très utiles pour l'élaboration de programmes et de mesures visant à mieux répondre aux besoins de la population. On doit toutefois se garder d'appliquer les conclusions de l'enquête à l'ensemble de la population québécoise puisque les personnes vivant dans les logements institutionnalisés n'étaient pas visées. Ces dernières représentent environ 2 % de la population générale. Comme ces personnes présentent généralement un bilan de santé plus lourd, certaines prévalences de problèmes de santé mentale au sein de la population québécoise pourraient être légèrement sous-estimées par l'enquête.

Comme dans toute enquête populationnelle, des limites inhérentes aux données de l'ESCC 1.2 appellent la prudence au moment de l'interprétation des résultats. Mentionnons d'abord que ceux-ci sont basés sur des renseignements déclarés par les répondants à l'enquête et portent sur un sujet délicat. Les réponses fournies par les personnes interrogées ont pu être influencées par un phénomène de désirabilité sociale ou encore par la difficulté de se rappeler certaines conduites ou certains événements. Afin d'assurer la qualité des données, des mesures ont été prises pour minimiser ces biais potentiels. Par ailleurs, étant donné leur nature transversale, les données ne permettent pas d'établir de liens de causalité entre les variables. Toutefois, il est possible de détecter la présence de relations entre variables ainsi que le sens de ces relations, ce qui constitue une information utile du point de vue de la planification. Enfin, précisons que le plan d'échantillonnage utilisé pour l'ESCC 1.2 n'a pas été conçu pour produire des résultats fiables par région sociosanitaire au Québec.

Présentation des brochures

Plusieurs thèmes de l'enquête ont été retenus pour les différentes brochures. Sur le plan du contenu et de la forme, chaque brochure rapportant des résultats comportera généralement une brève introduction situant la problématique, une section de présentation et d'interprétation des données intégrant des tableaux et des figures et une conclusion soulignant les éléments pertinents pour la planification (perspective promotion/prévention ou intervention). Des sections seront consacrées aux aspects conceptuels et méthodologiques propres à chacune des brochures : définition d'indicateurs, description de méthodes d'analyse. De plus, chaque brochure de résultats comprendra une section mettant en évidence les faits saillants de l'enquête relatifs aux thèmes couverts dans la publication (par exemple les principales prévalences). Les thèmes prévus sont les suivants :

- Étude québécoise sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : présentation de l'enquête et des méthodes
- Stress au travail et santé mentale
- Troubles mentaux, consommation d'alcool et de drogues et autres problèmes liés à la santé mentale
- Utilisation des services et consommation de médicaments à des fins de santé mentale
- Synthèse de l'étude québécoise et comparaisons interprovinciales

Cette façon de faire, soit cinq brochures thématiques, vise à joindre divers publics cibles (population en général, intervenants, décideurs et chercheurs). Il est à souhaiter que le format de cette série, orienté vers le soutien à la surveillance et à la planification, tant dans une perspective de promotion/prévention que d'intervention, favorisera l'accès aux résultats sur les différents thèmes couverts par l'ESCC – Santé mentale et bien-être.

Bibliographie

EFRON, B. (1979). « Bootstrap methods: Another look at the jackknife », *Annals of Statistics*, vol. 7, p. 1-26.

FOURNIER, L., O. LEMOINE, C. POULIN, et L.-R. POIRIER (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais – Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

GAMBINO, J.-G., M.-P. SINGH, J. DUFOUR, B. KENNEDY, et J. LINDEYER (1998). *Méthodologie de l'Enquête sur la population active du Canada*, Ottawa, Statistique Canada, n° 71-526-XPB au catalogue.

GAUTHIER, A. (1998). *Organisation des services de santé mentale dans la communauté. Enseignements de la recherche évaluative*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Études et Analyses », n° 39.

GRAVEL, R., et Y. BÉLAND (2005). « The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 10, p. 573-579.

LÉGARÉ, Gilles (1995). *La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent – Enquête santé mentale : rapport final*, Rimouski, Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent.

LESAGE, Alain, Helen-Maria VASILIADIS, Marie-Anik GAGNÉ, Scott DUDGEON, Naomi KASMAN, et Carley HAY (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada. Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 22 p.

MATHERS, C.-D., et D. LONCAR (2006). « Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 », *PLOS Medicine*, vol. 3, n° 11, p. 2011-2030.

MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, sous la direction de Massé, R., et L. Gilbert, Québec, Direction générale de la santé publique, 133 p.

MSSS (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale – Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

MURRAY, C.-J.-L., et A.-D. LOPEZ (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, dans Fournier, L., O. Lemoine, C. Poulin et L.-R. Poirier (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais – Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Montréal Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (1999). *Mental health, A report of the Surgeon General*, Rockville, MD, U.S. Department of Mental Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Health, dans: FOURNIER *et al.*, *ibid.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Projection of mortality and burden of disease 2006*, [En ligne] : www.who.int/healthinfo/statistics/bod_dalybywhoregion.xls (page consultée le 26 octobre 2007).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

STATISTIQUE CANADA. *Le Quotidien*, [En ligne] : www.statcan.ca/statr_f.html (page consultée le 30 novembre 2007).

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 1.2. Spécifications des variables dérivées (VD). Fichier de microdonnées à grande diffusion*, [En ligne] www.statcan.ca/francais/sdds/document/5015_D8_T9_V1_F.pdf (page consultée le 13 février 2006).

STATISTIQUE CANADA (2004). *Rapports sur la santé. La santé de la population canadienne*, numéro spécial, supplément au volume 15, nº 82-003-SIF au catalogue, [En ligne] : www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/82-003-SIF2004000.htm (page consultée le 20 novembre 2007).

STATISTIQUE CANADA (non daté). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2. Santé mentale et bien-être. Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, 99 p.

VALLA, J.-P., J.-J. BRETON, L. BERGERON, N. GAUDET, C. BERTHIAUME, M. SAINT-GEORGES, C. DAVELUY, V. TREMBLAY, J. LAMBERT, L. HOUDE et S. LÉPINE (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse*, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 132 p.

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être de la population québécoise de 15 ans et plus prend la forme de cinq brochures dont voici la première. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) de Statistique Canada, qui constitue la source de données, est présentée ainsi que ses méthodes : population cible, plan de sondage, contenu du questionnaire, entre autres. Les objectifs et les méthodes d'analyse des données québécoises de cette enquête sont aussi décrits et le contenu des brochures subséquentes, brièvement annoncé.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

Institut de la statistique Québec

ISBN 978-2-550-53643-7

9 782550 536437

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Imprimé au Québec, Canada